



## DEMANDE DE CONCENTRATEUR D'OXYGÈNE

Nom du passager : \_\_\_\_\_

Numéro de réservation : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

### Vol de départ

Date : \_\_\_\_\_ Numéro de vol : \_\_\_\_\_ Destination : \_\_\_\_\_

### Vol de retour

Date : \_\_\_\_\_ Numéro de vol : \_\_\_\_\_ Destination : \_\_\_\_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**\* Le médecin doit inscrire que la condition du passager est stable et qu'il peut voyager.**

### Commentaires :

\_\_\_\_\_

### Détails de la prescription :

Sur demande : \_\_\_\_\_ (1.5, 2, 2.5, 3 ou 4 litres par minute disponible)

Besoin (par minute) : \_\_\_\_\_

Nasal : \_\_\_\_\_ OU Passager qui fournit son propre masque facial avec prise : \_\_\_\_\_

Signature du médecin : \_\_\_\_\_

**Coût du service : 150.00\$ CAD par bouteille d'oxygène/tronçon/non remboursable**

VISA \_\_\_\_\_ MC \_\_\_\_\_ AMEX \_\_\_\_\_ Coût total : \_\_\_\_\_

# de CC \_\_\_\_\_ Expiration : \_\_\_\_\_

Nom du détenteur : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce document et nous le retourner dûment signé par votre médecin et nous le faire parvenir par télécopieur incluant votre paiement : **514.807.8563**. Ce document doit être reçu à nos bureaux au moins 1 semaine avant le départ. Les demandes de moins de 1 semaine pourront être refusées. Pour le moment, nous ne pouvons accéder aux demandes d'oxygène pour les enfants de moins de 8 ans. De plus, si l'oxygène est requis à destination, le passager doit en faire les arrangements nécessaires auprès de son fournisseur personnel; **nos concentrateurs d'oxygène ne peuvent être transportés hors de nos appareils**. Pour toutes questions, nous vous prions de bien vouloir communiquer avec notre département du Service à la Clientèle au : 1-866-722-8066 au poste 7310.

### RÉSERVÉ AU PERSONNEL INTERNE

Remarks \_\_\_\_\_

Airline Acctg \_\_\_\_\_

Maint/OPS \_\_\_\_\_

Flight Brief/Memo \_\_\_\_\_

(rev. Dec, 2013)